

# Anmeldeformular

**Patient** Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Mitglied** Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

**Anschrift** Straße \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_  freiwillig versichert

**Beruf** \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber** \_\_\_\_\_

**Anschrift Arbeitgeber** Straße \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

## Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ich wünsche keine Amalgam-Füllungen bzw. die Entfernung vorhandener Amalgam-Füllungen.

Ich möchte in Zukunft schriftlich an meine regelmäßigen Kontrolluntersuchungen erinnert werden. Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Ich möchte auch über **außervertragliche Leistungen** (Behandlungen, die nicht von der Krankenkasse getragen werden) informiert werden.

Diese Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Termine, die ich nicht einhalten kann, werde ich rechtzeitig absagen, da ansonsten die entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden können.

Allgemeinerkrankungen können Einfluß auf die zahnärztliche Behandlung haben. Wir bitten Sie um die folgenden Angaben, die selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

**Behandelnder Hausarzt:** \_\_\_\_\_

## 1. Herz- und Kreislauferkrankungen:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche (Insuffizienz)               | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck                             |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                               | <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck                         |
| <input type="checkbox"/> Herzasthma, Angina pectoris               | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher                           |
| <input type="checkbox"/> angeborene Herzfehler                     | <input type="checkbox"/> Herzklappenersatz                           |
| <input type="checkbox"/> Herzerweiterung                           | <input type="checkbox"/> Zustand nach Herzoperationen                |
| <input type="checkbox"/> Endokarditis<br>(Herzinnenhautentzündung) | <input type="checkbox"/> Einnahme gerinnungshemmender<br>Medikamente |

## 2. Allergien gegen:

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Penicillin-Überempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Allergiepaß |
|---|--------------------------------------|

## 3. Infektionskrankheiten:

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leberentzündung / Gelbsucht (Hepatitis) |                               |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose                             | <input type="checkbox"/> AIDS |

## 4. Sonstige Erkrankungen:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes)                           | <input type="checkbox"/> Epilepsie, Krämpfe                       |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung                               | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle                         |
| <input type="checkbox"/> Blutungsneigung (Hämophilie),<br>Gerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Medikamenten- oder<br>Drogenabhängigkeit |
| <input type="checkbox"/> Rheuma   | <input type="checkbox"/> Zustand nach<br>Organtransplantationen   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:   |   |

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?** \_\_\_\_\_

**Bei Frauen: Sind Sie schwanger?** \_\_\_\_\_ **Welcher Monat?** \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_